

重度心身障害者（児）医療費助成受給券交付申請書

年 月 日

いすみ市長 様

申請者 住所
氏名



重度心身障害者(児)医療費の助成を受けたいので、いすみ市重度心身障害者の医療費助成に関する条例施行規則第3条の規定により下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

対象者	ふりがな			生年月日	性別	
	氏名	個人番号:	年 月 日		男 ・ 女	
	住所	(電話番号)				
	障害程度	身体 1級・2級	手帳交付年月日	年 月 日		
		療育 (A)一・A一		年 月 日		
精神 1級		年 月 日				
市町村民税所得割額		円				
加入健康保険	種別等	国保・協け・組合・共済・後期高齢・その他()				
		本人・家族	付加給付	有 ・ 無		
		被保険者証発行機関名				
	被保険者(世帯主)	氏名	続柄()			
住所						
市町村民税所得割額		円				
保険加入者	氏名	個人番号	生年月日	続柄	市町村民税所得割額	
					円	
					円	
					円	

添付書類

- (1) 被保険者証の写し(世帯全員分)
- (2) 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳の写し
- (3) 住民税決定額証明書等市町村民税所得割額を証明する書類

※以下の同意により、添付書類(3)を省略することができます。

重度心身障害者(児)医療費助成の審査のため、私の世帯に係る市町村民税課税状況等に関する情報について市の職員が調査することに同意します。

申請者

